

WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)  
WCCC AWARD/CHANGE LETTER  
نامه تغییر یا تصویب WCCC

شماره تلفن	اداره محلی
تاریخ	شماره پرونده

FOLD

شما برای مزایای کمک مراقبت فرزند از تاریخ شروع  واجد شرایط هستید.

تا تاریخ

لطفاً اطلاعات مهم در صفحه دوم را بخوانید.

شما برای عملیات مراقبتی زیر واجد شرایط میباشید:  اشتغال  عملیات قبل قبول وورک فروت  مدرسه  غیره،

پرداخت مشترک اولیه شما ۱۵ دلار برای تاریخهای  تا  میباشد. قسمت هزینه شما به مبلغ  تا  تغییر خواهد کرد.

پرداخت مشترک شما سهمیه مخارج مراقبت فرزندتان میباشد. مبلغ هزینه شما بستگی به اندازه خانواده و درآمد ماهانه تان دارد و در زیر ذکر شده:

\$
\$
\$
\$
\$
\$
\$

۱. اندازه خانواده شما میباشد

۲. درآمد کل میباشد (قبل از مالیات)

۳. درآمد خود اشتغالی میباشد (بعد از کسر مجاز)

۴. درآمد غیر کسبی میباشد (SSI, SSA, تأمین حمایت فرزند)

۵. کل درآمد (شماره ۲ تا ۴ را جمع کنید)

۶. حمایت فرزند پرداخت شده میباشد

۷. درآمد حساب شده میباشد (شماره ۶ را از ۵ کسر کنید)

(درآمد حساب شده برای تعیین واجد شرایطی و سهمیه شما استفاده میشود)

۸. هزینه شما محاسبه میشود بطريق زیر:

پرداخت مشترک ماهانه که شما بایستی پردازید

درآمد حساب شده

در یا پایینتر از ۸۲٪ میزان استاندارد فدرالی شخص فقیر (FPL)

بالای ۸۲٪ و تا ۱۳۷.۵٪ میزان استاندارد شخص فقیر FPL

بالای ۱۳۷.۵٪ تا ۲۲۵٪ میزان استاندارد شخص فقیر

(درآمد حساب شده -  $137.5\% \text{ FPL} \times .44 + 50$ )

هزینه ماهانه شما تغییر میکند. بدليل اينكه (WAC 388-290-0085)

اندازه خانواده شما تغییر کرده است.

مدت مجاز شما خاتمه يیدا گرده است.

غیره

درآمد تنان کاهش یافته است.

شماره تلفن و فاكس کارمند

اسم کارمند

شما مسول میباشید که:

- هر نوع اطلاعات درمورد جرم یا محکومیت عرضه کننده مراقبت کودک اقوام باخبر شوید را در عرض ۲۴ ساعت به مددگار مسول مراقبت کودک اطلاع دهید.
- هر نوع اطلاعات درمورد جرم یا محکومیت درمورد هر کسی که ۱۶ سال و به بالا و با عرضه کننده مراقبت کودک زندگی میکند و مراقبت بیرون از خانه کودک میباشد را در عرض ۲۴ ساعت به مددگار مسول مراقبت کودک اطلاع دهید.
- هر تغییری را در عرض ۱۰ روز به مددگار مسول WCCC اطلاع دهید اگر:
  - ساعت‌های لازم برای مراقبت فرزند (بیشتر یا کمتر)
  - درامد خانواده شامل تنفس که شروع یا تمام شود.
  - اندازه خانواده تغییر کند به امثال اینکه عضو خانواده به خانه اضافه شود یا کم شود.
  - اشتغال، مدرسه یا عملیات تصویب شده تنفس (شروع یا خاتمه یا تغییر کند)
  - ادرس و شماره تلفن عرضه کننده فامیل در خانه تغییر کند.
  - ادرس و شماره تلفن خودتان یا
  - حکم قانونی که بایستی برای تامین حمایت فرزند بپردازید.
- کوتاهی از گزارش به موقع تغیرات امکان دارد که باعث اضافه پرداختی شود و یا امکان دارد که شما بیشتر از مقدار سهمیه مخارج مراقبت فرزند بپردازید.
- تمام اطلاعات درخواستی برای عرضه کننده خدمات را فوراً برگردانید. تا موقعي که نتایج برسی سابقه دریافت نشده باشد هیچ هزینه ای برای عرضه کننده فامیل در خانه پرداخت نخواهد شد.
- فرزندتان را برای مراقبت غیر از دلایل که در اول این فرم ذکر شده است را نکذارید مگر اینکه ترتیب داده اید که خودتان برای مراقبت فرزند بپردازید. اگر شما مایل میباشید که در برنامه دیگری غیر از برنامه ای که در اول این فرم تصویب شده است شرکت کنید و میخواهید که اداره DSHS هزینه مراقبت فرزندتان را بپردازد شما بایستی اول با مددگار مراقبت فرزند تماس بگیرید.
- اطلاعات لازم را به این اداره بدھید تا ما بتوانیم واجد شرایطیتان را تعیین کنیم و هزینه مراقبت فرزند را بپردازیم.
- ترتیب مراقبت فرزندتان را خودتان بدھید و یک عرضه کننده ای که شرایط قانون ۰۱۲۵ WAC 388-290 را شامل میباشد را انتخاب کنید.
- ترتیب بروزیزد تا خودتان و یا شخص دیگری که انتخاب میکنید هزینه WCCC را مستقیماً به عرضه کننده مراقبت فرزند بپردازد. کوتاهی در انجام این شرایط امکان دارد که باعث خاتمه مزایای مراقبت فرزند بشود.
- فرزندتان را با عرضه کننده خدمات برای خدماتی که تصویب شده بگذارید و یا ترتیبی بروزیزد که خودتان هزینه مراقبت کودک برای خدماتی که تصویب نشده اند را بپردازید.
- اگر مراقبت فرزند فامیل در خانه را استفاده میکنید حساب ساعت‌های دقیق را نکه دارید و
  - اگر درخواست شوند بفرستید.
  - برای یک سال بعد از مراقبت نکه دارید
- تمام مبلغی که اداره برای مراقبت فرزند فامیل در خانه میبردازید و در اطلاعیه که با نامه تصویب دریافت میکنید ذکر شده را به عرضه کننده خدمات بدھید.
- یک رسید برای هر مبلغی که میبردازید بگویید. شما بایستی این رسید را تا یک سال نکه دارید که اداره DSHS آگر لازم باشد بورسی کنید.
- برای ادامه واجد شرایطی برای WCCC با بورسی تضمین کیفیت همکاری کنید. اگر بورسی کیفیت تعیین کند که شما همکاری نمیکنید شما برای مزایای WCCC غیر واجد شرایط خواهید شد و تا موقعي که شرایط لازم برسی کیفیت را اجرا کنید و یا تا ۳۰ روز بعد از تعیین عدم همکاری غیر واجد شرایط باقی خواهید ماند.
- با بازرس کشف اولیه جرایم (FRED) همکاری کنید. اگر شما در همکاری با بازرس خودداری کنید (اطلاعات درخواستی را ندهید) امکان دارد که تاثیری در مزایایتان ایجاد شود.
- اگر هر تغییری در عرضه کننده خدمات باشد در عرض ۵ روز به مددگار مسول WCCC اطلاع دهید.
- مواقعي که ما جواز مراقبت کودکتان را تغییر دهیم در عرض ۱۰ روز به مراقبت کننده خبر دهید.

## حقوق شخصی و مسویتهای (WCCC)

لطفاً متوجه موارد زیر باشید که:

- شما میتوانید از یک سریست یا مجری درخواست کنید که درمورد تصمیم یا عملی که تأثیری در مزایایتان داشته باشد را بدون اینکه تأثیری در حق دادرسیتان داشته باشد دوباره بررسی کنند.
- شما میتوانید یک مترجم برای مدت کافی و بدون هزینه ای برای شما داشته باشید.
- شما میتوانید هر عرضه کننده ای را انتخاب کند تا انجایی که عرضه کننده شرایط لازم در مقررات 388-290-0125 WAC را دارا باشند.
- شما میتوانید از بازرس کشف جرایم (FRED) از اداره بازرسی جرائم (DFI) درخواست کنید که زمان دیگری بیابند. شما مجبور نیستید که اجازه دهید که بازرس داخل خانه تان بشود. این درخواست تأثیری در واحد شرایطی شما نخواهد داشت. اگر شما در همکاری (عرضه اطلاعات درخواستی) با بازرس خودداری کنید امکان دارد که تأثیری در مزایایتان بکند.
- مهم نمیباشد که نژاد، رنگ پوست، اعتقاد سیاسی، اصلیت، مذهب، سن، جنسیت، معلولی، یا مکان تولد شما چه میباشد با شما با احترام و با عدالت رفتار خواهد شد.
- واحد شرایطی شما برای WCCC در عرض ۳۰ روز از تاریخ اقدام تعیین خواهد شد.
- شما درمورد حقوق قانونی و مسویتهای مربوط به مزایای WCCC تان کتبی اطلاعات دریافت خواهید کرد.
- درموقعی که از طرف مقررات فدرالی و ایالتی لازم باشد اطلاعات شما با اداره های دیگر مشترک استفاده خواهد شد.
- شما حداقل ۱۰ روز قبل از اینکه اداره DSHS تغییری در کاهش یا قطع مزایایتان بدهد غیر از مواردی که در قانون 388-290-0120 ذکر شده اطلاعیه کتبی دریافت خواهید کرد.
- اگر شما با اداره DSHS درمورد یک تصمیم موافق نمیباشید شما میتوانید برای دادرسی درخواست کنید.

**حقوق شما درمورد دادرسی عادلانه:** شما حق دادرسی را دارید. برای درخواست دادرسی عادلانه با این اداره تماس بگیرید یا به اداره Office Of Administrative Hearing PO Box 4289 Olympia WA 98504-2465 در این دادرسی شما میتوانید نماینده خودتنان باشید یا یک وکیل داشته باشید یا شخص دیگری نماینده شما باشد. با تماس با یک دفتر حقوقی امکان دارد که شما بتوانید کمک حقوقی رایگان دریافت کنید. امکان دارد که شما تا تصمیم این دادرسی عادلانه دریافت کمک مزایایتان را ادامه دهید.

### بیمه پزشکی برای فرزندان

- ایا شما میدانید که شما میتوانید بیمه پزشکی و دندانپزشکی برای فرزنداتان دریافت کنید؟ لیست انتظار وجود ندارد و به اسنای مراحل ۱ ، ۲ و ۳ میباشد.
- ۱ . ایا شما کمک دیگری به امثال کمک مالی یا غذا از ایالت دریافت میکنید؟
    - بله: به مددگار مالیاتن تلفن کنید و برای بیمه پزشکی برای فرزنداتان درخواست کنید.
    - نخیر: به شماره تلفن رایگان 1-800-204-6429 ابرای بیمه فرزندان تلفن کنید.
  - ۲ . اطلاعاتی که از طرف مددگار درخواست میشود را برگردانید تا واحد شرایطی شما تعیین شود. امکان دارد که این اطلاعات را داشته باشند یا تلفنی از شما درخواست کنند.
  - ۳ . کارت پزشکی فرزندان را در پست دریافت کنید.
- منتظر نشود دریافت بیمه پزشکی فرزندان به اسنای یک تلفن گردن میباشد.